

КЛАССИФИКАЦИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Витебский государственный
медицинский университет

Важное значение в унификации представлений о характере варикозной болезни нижних конечностей играют клинические классификации.

В повседневной работе наиболее часто пользуются функциональной классификацией, включающей в себя три стадии:

1.Стадия компенсации (функциональные нарушения отсутствуют).

2.Стадия субкомпенсации (функциональные нарушения носят преходящий характер).

3.Стадия декомпенсации (имеются стойкие функциональные или морфологические нарушения, вплоть до трофических язв).

Существенными недостатками данной классификации являются:

1.Полное отсутствие связи с характером анатомических изменений.

2.Недостаточно четкая дифференцировка между стадиями компенсации и субкомпенсации.

3.Очень широкий диапазон патологических проявлений в рамках стадии декомпенсации.

В немецкоговорящей части Европы до настоящего времени широко используется простая и удобная классификация ХВН Widmer*а (1978). Она предполагает наличие 3 – х подгрупп варикозного расширения вен и 3 – х стадий ХВН:

1 - Варикозные вены

1.1 – телеангиозктазии–интродермальный варикоз

1.2 – ретикулярные варикозные вены: расширенные, извитые подкожные вены, не принадлежащие главным венозным магистралям или их основным притокам.

1.3 – стволовой варикоз: расширенные извитые стволы v. Saphena magna или v. Saphena parva или их притоков первого и второго порядка.

2.– Хроническая венозная недостаточность.

1 стадия – дилатированные подкожные вены, «corona phlebectatica», наличие отека.

2 стадия – наличие трофических расстройств в виде зон гипер – или депигментаций с «corona phlebectatica» или без нее.

3 стадия – трофическая язва (открытая или закрытая).

В англоязычной литературе в конце 80 – х годов очень часто использовалась классификация ХВН Porter*а (1988г.). В ней используется разделение ХВН на 4 класса:

Класс 1 –бессимптомная ХВН.

Класс 2 – незначительно выраженная ХВН с отеком нижней трети голени (от незначительного до умеренно выраженного), легким дискомфортом (чувство тяжести или боли по ходу вен), локальным или распространенным варикозным расширением вен. В этом клиническом классе распространение ХВН ограничено поверхностной венозной системой.

Класс 3 – умеренно выраженная ХВН включая гиперпигментацию кожи, проявление подкожного фиброза который может быть ограниченным по распространенности или захватывать полностью окололодыжечную и претибияльную области (без образования язв). При этом отмечается та или иная степень варикозного расширения поверхностных вен.

Класс 4 – тяжелое проявление ХВН. Выраженный болевой синдром в дистальных отделах конечностей с наличием язв или предъязвенных изменений кожи, экземы или выраженного отека. Этот класс обычно ассоциирует с поражением глубоких вен с наличием недостаточности клапанного аппарата или хронической обструкции.

В монографии Яблокова Е. Г. и соавт. «Хроническая венозная недостаточность» (1999 г.) приводится классификация ХВН, основной концепцией создания которой послужило отражение практических моментов в лечении данной патологии (табл. 1.). Считаем необходимым полностью привести эту «тактическую» классифика-

Таблица 1. Классификация ХВН и программа лечения (Яблоков Е. Г., Кириенко А. И., Богачев В. Ю., 1999 г.).

Степень ХВН	Основные клинические симптомы	Этапы лечения
0	Синдром тяжелых ног, телеангиэктазии, ретикулярный варикоз	Рациональная организация труда и отдыха. Профилактический компрессионный трикотаж. Эпизодические курсы медикаментозной флеботропной терапии. Пункционная облитерация вен по косметическим соображениям.
1	Преходящий отек, варикозная трансформация подкожных вен.	Лечебный компрессионный трикотаж 1 класса. Предоперационная медикаментозная терапия. Операция (склерохирургия, минифлебэктомия). Кратковременная (1,5 – 2 мес.) послеоперационная эластическая компрессия.
2	Стойкий отек, гиперпигментация, липодерматосклероз, экзема.	Лечебный компрессионный трикотаж 2 класса. Предоперационная подготовка (фармакотерапия, физио- и компрессионное лечение). Операция (эндохирургия, программированная склерооблитерация). Длительная послеоперационная реабилитация (лекарственная и компрессионная терапия).
3	Индуриативный целлюлит, трофическая язва, вторичная лимфэдема.	Лечебный трикотаж 3 – 4 класса. Комплексное (включающее местное) лечение. Операция (эндохирургия, этапные вмешательства). Постоянное (пожизненное) компрессионное и медикаментозное лечение. Врачебно – трудовая экспертиза.

цию, очень удобную как для флебологов так и для врачей общей практики. В графе «клинические» симптомы представлены те из них, которые наиболее характерны и впервые появляются для данной степени ХВН. Клиническая симптоматика каждой последующей степени включает в себя проявления предыдущей.

Однако в этой классификации нет упоминания этиологии заболевания, меньше возможности для оценки эффекта медикаментозного, хирургического лечения или склеротерапии.

При анализе этих «рабочих классификаций» отмечается их несомненное сходство между собой. Это говорит о том, что

потребность практической флебологии в подобных классификациях приводит к сопоставимым результатам.

В начале 90-х годов появились первые попытки создания интегрированной балльной системы подсчета степени тяжести заболевания [48], в которой учитывались бы как клинические данные, так и материалы инструментальных исследований. Это привело в дальнейшем к созданию в 1994 году классификации СЕАР. Именно эта классификация заболевания вен послужила основой модернизированных стандартов 1995 г. Общества сосудистых хирургов США (SVS) и Международного общества кардиоваскулярных хи-

пургов (ISCVS), предложенных Porter J. и Moneta G..

Эта классификация претендующая на «всеобъемлемость» (как следует из названия), охватывает как все клинические - Clinical, этиологические - Etiological признаки ХВН, так и анатомические - Anatomical и патофизиологические - Pathophysiological особенности. Однако она слишком громоздка, и не дает ответ практическому хирургу на самый главный вопрос: какой метод лечения необходимо применить в конкретной клинической ситуации. Таким образом вопрос связанный с классификацией ВБНК остается открытым, и требует дальнейшей разработки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

С целью изучения распространенности ВБНК, причин развития заболевания, обследовано 1879 работников ряда промышленных предприятий. Методы и результаты лечения варикозной болезни нижних конечностей изучены 1063 больных, лечившихся в Витебской областной клинической больнице, поликлинике ТМО - 3 г. Витебска в 1995 - 2000 г.г. Всего обследовано 2942 человек

Все обследованные разделены на 4 группы:

1 группа - 1879 рабочих промышленных предприятий

2 группа - 210 больных, получивших традиционное хирургическое лечение;

3 группа - 800 больных, прошедших курс флебосклерозирующей терапии (ФСТ);

4 группа - 53 больных, которым было проведено комбинированное лечение.

Из общего числа осмотренных выявлено 527 больных варикозной болезнью нижних конечностей различной степени: 289 мужчин (27,06%), и 238 женщин (29,4%). Общий процент заболеваемости составил 28,04%. Изучены причины и условия способствующие возникновению заболевания.

У 210 больных, второй группы изучены данные о характере варикозной болезни, ее стадиях, наличии или отсутствии функциональных нарушений, характер оперативного вмешательства, а также час-

тота послеоперационных осложнений и рецидивов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

В настоящее время существующие классификации представляются недостаточными для решения всех вопросов диагностики и лечения ВБНК. Это ощущение возникает у каждого специалиста, серьезно занимающегося варикозной болезнью. Действительно, имеющиеся представления о стадии компенсации практически ничего не объясняют, более того понятие «компенсация» как бы предполагает, что с больным, страдающим компенсированной стадией варикозной болезни, ничего делать не надо. Таким образом, достаточно большая группа больных совершенно выпадает из поля зрения хирургов. В то же время, как мы видим, есть значительное количество пациентов, у которых компенсация физиологическая вовсе не соответствует наличию морфологических проявлений. Наличие у пациента больших, развитых венозных стволов, со значительными изменениями, носящими явно варикозный характер, при отсутствии патофизиологических проявлений, вызывает необходимость решать сложную тактическую задачу - оперировать или не оперировать такого больного. С одной стороны представление о компенсации не дает права на операцию, с другой, времени для появления первых клинических признаков остается немного. Большинство практикующих хирургов сегодня решают эту дилемму очень простым, хотя на наш взгляд, и недопустимым, способом. Больному выставляется в диагнозе стадия субкомпенсации без достаточных, а то и без всяких на то оснований, и выполняется операция. Таким образом, нечеткость и расплывчатость представлений об уровнях компенсации и соотношении их с морфологическими изменениями, заставляют хирурга искать адекватные пути решения проблемы, отступая от заложенных в существующую классификацию принципов.

Еще более сложной оказывается ситуация с определением понятия субкомпенсации. Во-первых, стадия субкомпен-

сации, в представлении большинства хирургов, очень растянута во временном и морфофункциональном интервалах. В самом деле, если начинать отсчитывать субкомпенсацию от первых, и, порой единичных проявлений недостаточности кровообращения, таких как эпизодические отеки, и заканчивать систематическими отеками и периодически возникающими дерматитами, то в эту группу следует включать очень большое количество больных с самыми различными клиническими проявлениями. Кроме того, в этом диапазоне оказываются больные, которым необходимо выполнять самые разные операции. Если одному больному достаточно простой классической флебэктомии по Троянову-Бэбкоку-Нарату, с перевязкой перфорантов надфасциально по Кокету, то другому необходима хотя бы локальная подфасциальная перевязка крупных перфорантов. У ряда больных требуется подфасциальная перевязка по Линтону, резекция или дистальная окклюзия заднеберцовых вен, порой вмешательства на венах стопы. То есть понятие «субкомпенсация» никак не ориентирует хирурга на тот или иной метод лечения или технический прием операции. Та же ситуация складывается, порой, и со стадией декомпенсации. С одной стороны, проявления дерматита большинство хирургов не считает серьезным осложнением, поскольку заживление ран после операции происходит, как правило, первичным натяжением, и это как бы автоматически относит таких больных к стадии субкомпенсации. Больным же с выраженным хроническим отеком, целлюлитом, гиперпигментацией, а в особенности, с язвенными поражениями, иногда выставляют «окончательный диагноз» ПТФС, и они выпадают из поля зрения оперирующих хирургов. Диагноз этот часто ничем не обоснован и свидетельствует либо о плохом знании варикозной болезни.

Практически во всех существующих по варикозной болезни литературных источниках можно встретиться с понятием осложнений варикозной болезни. Подавляющее большинство авторов говоря об осложнениях ВБ перечисляют следующий набор патологических процессов: тром-

бофлебит варикозных вен, кровотечения, язвы, несколько реже вспоминают лимфостаз, рожистое воспаление. Мы категорически не согласны с этой позицией, поскольку она объединяет только крайние, тяжелые осложнения, малые же формы осложнений считаются как бы естественным состоянием ВБ. В то же время этот подход оказывается совершенно несостоятельным при решении вопросов более тонкого характера, в частности, когда речь идет о флебосклерозирующей терапии. Этот метод лечения варикозной болезни основательно забыт, при этом следует сказать, что забыт незаслуженно. Вполне естественно, что после оставления метода, вопросы классификации заболевания, стали затрагивать только те уровни оценки, которые удовлетворяют наиболее широко распространенной практике, и за последние 15-20 лет публикаций, посвященных каким либо попыткам уточнить классификацию варикозной болезни применительно к флебосклерозирующей терапии, в отечественной литературе не встречалось. Публикации зарубежных авторов в последние 5-6 лет, также не изобилуют анатомо-функциональными характеристиками венозного русла больных варикозной болезнью нижних конечностей. В то же время метод флебосклерозирующей терапии начинает занимать одно из ведущих мест в лечении варикозной болезни в странах Европы. Возврат к нему на новом этапе объясняется, по крайней мере, тремя причинами.

Во-первых, — высокая санитарная культура населения, стремящегося к раннему лечению любой патологии, не допускающая ее перехода в субкомпенсированные, а тем более декомпенсированные формы.

Во-вторых, — общая тенденция к минимализации физического воздействия на организм больного, которая все больше проявляется в мировой медицинской практике.

В-третьих, — наличие новых, достаточно эффективных, и в то же время нежных, неагрессивных, нетоксичных препаратов.

Все это послужило причиной нашего внимания к данному вопросу, а система-

тическая работа над проблемой позволила прийти к некоторым выводам, позволяющим пересмотреть существующую классификацию, однако, мы не считаем целесообразным строить принципы нашего подхода к лечению варикозной болезни на классификации СЕАР. Дело в том, что для практической деятельности она оказалась громоздкой, и, при всей своей универсальности, все равно не отражает всего разнообразия клинических и морфофункциональных изменений.

«Неосложненная ВБ».

Мы считаем, что компенсированной варикозную болезнь можно называть только тогда, когда она не имеет никаких клинических проявлений, а для восстановления нарушенного кровотока больной не должен прибегать ни к каким специальным приемам. Иными словами – морфологически болезнь уже есть, а клинических проявлений ее нет. Анатомическая картина заболевания также может быть весьма различна. Так при ограниченных малых варикозах, не имеющих системного характера, следует говорить о стадии косметического дефекта, при распространенном варикозе без клинических проявлений, о стадии анатомического дефекта. Необходимость такого разделения обусловлена особенностями техники и тактики лечения с использованием флебосклерозирующей терапии.

«Осложненная ВБ». Появление первых признаков функциональных нарушений мы относим к осложнениям варикозной болезни. Так же как при язвенной болезни желудка осложнениями являются болевой синдром или изжога, так и при ВБНК первыми осложнениями следует считать «эпизодические отеки» или «ночные судороги», но поскольку таких функциональных нарушений много, и они весьма различны по уровню функциональных нарушений, мы выделяем две стадии осложненной ВБ. Стадия «малых» признаков характеризуется наличием эпизодических или систематических отеков, чувством тяжести в ногах и судорогами, стадия «больших» признаков – постоянными или хроническими отеками, гиперпигментацией или дерматитом. Таким образом, в качестве «осложненной», мы определяем ВБ,

которая сопровождается функциональными нарушениями, и не проявляется деструктивными нарушениями со стороны кожных покровов.

Кроме того, к осложненной ВБНК относятся стадии, сопровождающиеся трофическими нарушениями – предъязвенная (закрытой язвы или медленно заживающих ран), и открытой язвы.

«Рецидивная ВБ» -- к сожалению о рецидивной ВБ, почти не пишут в литературе. Она еще более забыта хирургами, чем сама варикозная болезнь. Рецидивная ВБ делится на две группы – истинных рецидивов (чаще встречается после ФСТ, после операций крайне редко), и ложных рецидивов, которые составляют основную массу рецидивов после операций.

Надо признать, что ложные рецидивы являются нередким, хотя и весьма досадным осложнением оперативного лечения. По нашим данным, количество таких рецидивов после венэктомии составляет 14,3%. Как правило, это осложнение не приводит к нарушению трофики или даже более или менее серьезным нарушениям гемодинамики, но оставляет неприятный осадок неудовлетворенности результатами операции как у врача, так и у больных, которые не только сами имеют основание для недовольства результатами операции, но и являются контрпропагандистами операции среди своих близких, друзей, знакомых и просто окружающих их людей.

Истинные послеоперационные рецидивы встречаются редко. Ситуация здесь, как правило, более сложная чем при ложных рецидивах. Трудно избавиться от мысли, что мы имеем дело с ПТФС, однако внимательное отношение к больному, позволяет выявить это тяжелое осложнение и излечить его.

Еще одной проблемой, порой сопровождающей варикозную болезнь, является развитие мелких внутрикожных ангиоэктазий, приносящих больным не физические, а моральные страдания. Они чаще всего проявляются двояко. У некоторых пациентов эти ангиоэктазии проявляются в виде локальных фиолетовых образований, напоминающих паука, иногда в виде отдельных тоненьких внутрикожных веточек,

рассеянных на достаточно большой площади. Лечение этих ангиоэктазий представляет из себя достаточно сложную проблему, однако в силу отсутствия патофизиологических проявлений, выпадает из поля зрения ангиохирургии вообще и флебологии в частности.

«Паравенозная ВБ» (телеангиоэктазии, «звездочки» по разным авторам). Практика подсказывает, что эти образования будучи элементами внутрикожными, практически всегда соединены с подкожной веной, хотя и очень малого диаметра. Здесь мы также выделяем две группы – локальных эктазий и диссеминированных эктазий.

Все эти соображения привели нас к выводу, что существующие классификации варикозной болезни нижних конечностей не соответствуют современным представлениям о методах и возможностях лечения этой сложной и многообразной патологии. Предлагаемая нами классификация позволяет более дифференцированно подходить к диагностике и лечению ВБ, используя весь арсенал существующих в мировой практике методов флебологической помощи, сделать ее более адекватной различным проявлениям ВБ (рис 1.)

Эта классификация отходит от традиции делить варикозную болезнь на стадии по признакам чисто функциональных нарушений. Предлагаемая нами классификация является морфофункциональной, то есть учитывает как анатомические, так и функциональные особенности течения заболевания у каждого конкретного больного. Второй важной ее особенностью является то, что она более дискретна, чем существующие классификации, следовательно диагноз поставленный в соответствии с нашей классификацией точнее описывает патологию, что позволяет более дифференцированно подходить к лечению. Какие же принципы положены в основу данной классификации?

Классификация состоит из трех основных блоков: по локализации, по анатомическим признакам, по клиническому течению (Рис.1).

Весьма существенным является разделение венозной патологии по зонам

ее локализации. Наиболее существенно эта классификация оказывает влияние на флебосклерозирующую терапию. Локализации на стопе и в области устья БПВ являются запретными для ФСТ. Вены расположенные на задне-наружной поверхности бедра и голени, лучше поддаются ФСТ, на передне-внутренней поверхности голени можно лечить обоими способами, для лечения БПВ на бедре, склерозирующая терапия практически не применяется.

Анатомический блок включает в себя разделы: тип расширения, вид расширения, характер венозной стенки и форму дефекта. Каждый из этих разделов имеет существенное значение в выборе методов лечения. Как правило, внутрикожный сегментарный и рассыпной типы, подлежат склерозирующему лечению, магистральный и разветвленный – хирургическому. Такое же важное значение в выборе метода лечения играет и вид расширения: мешотчатое и кавернозноподобное – преимущественно подлежат хирургическому лечению, линейное и капиллярное - ФСТ. Характер венозной стенки также во многом определяют выбор хирурга – «синяя» вена подлежит ФСТ, «мягкая» и «плотная» могут быть как оперированы, так и подвергнуты склерозирующей терапии, «канавка» подлежит почти исключительно хирургическим вмешательствам. То же можно сказать и о форме дефекта. «Косметический» дефект естественно лечится преимущественно склерозирующим методом, «анатомический» – хирургически.

ВЫВОДЫ

1. Для решения вопроса о применении того или иного метода лечения, большое значение играет характер клинического течения.

2. Флебосклерозирующая терапия дает хорошие результаты при паравенозной и рецидивной форме, а также в ряде случаев при неосложненной ВБНК.

3. Осложненная варикозная болезнь требует дифференцированного подхода, чаще применяется хирургическое лечение.

4. Разработанная нами классификация позволяет ввести алгоритм принятия ре-

КЛАССИФИКАЦИЯ В Б Н К

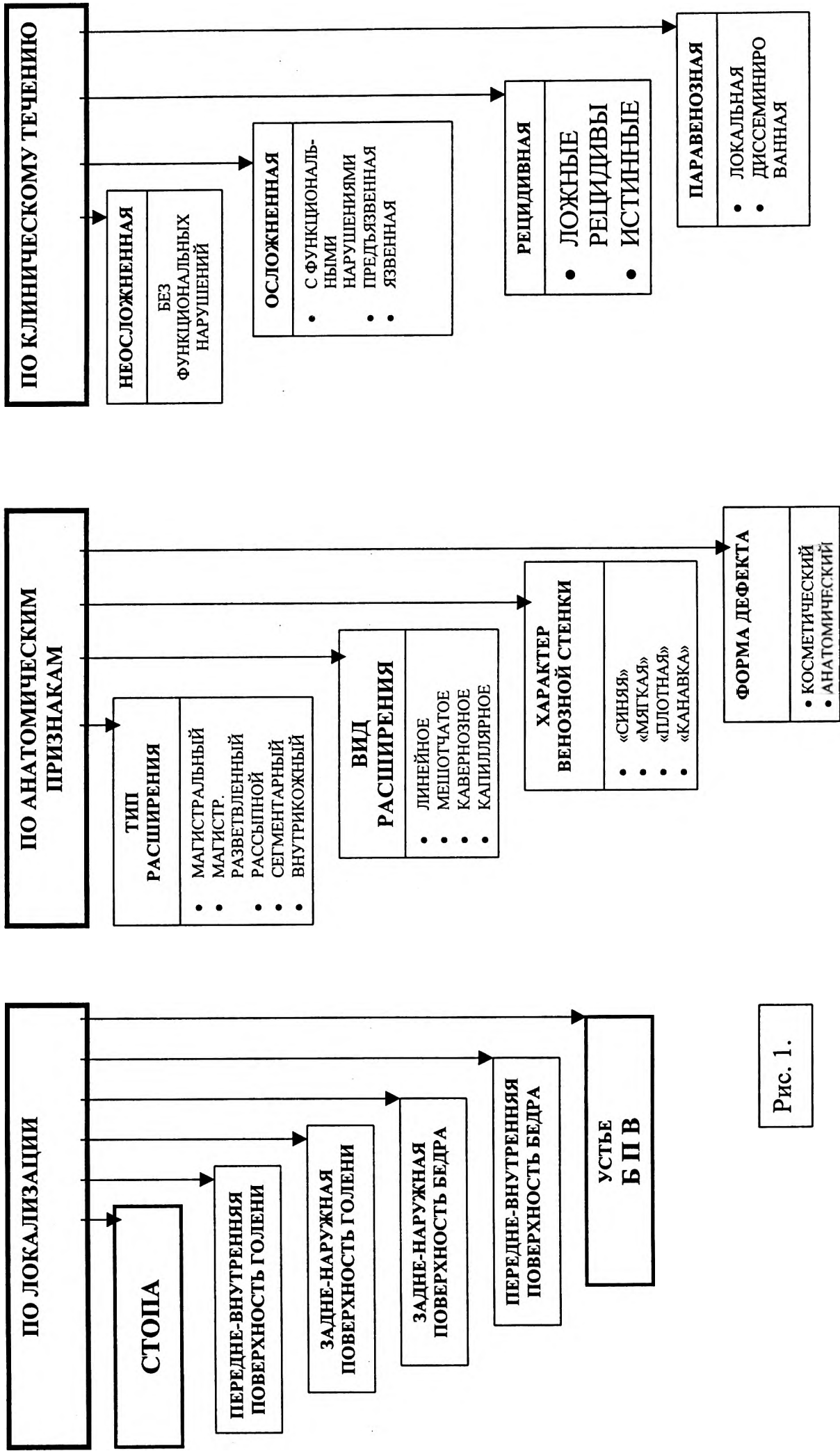


Рис. 1.

шения о применении флебосклерозирующей терапии, хирургического или комбинированного лечения.

5. Данная программа позволяет рассматривать все этапы заболевания как ступени программированного поэтапного лечения ВБ не исключая систематическое последовательное применение лекарственной и безлекарственной терапии, флебосклерозирующей терапии и хирургического лечения как по отдельности, так и в различных комбинациях, в зависимости от анатомических и функциональных проявлений варикозной болезни нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аскерханов Р.П. - Варикозное расширение вен нижних конечностей . - М.: Медицина, 1960. - 190 с.

2. Багдасарян В.С. - Вопросы клинки, диагностики и лечения варикозной болезни вен нижних конечностей: Дис. ... канд. Мед. наук: 14.00.27. - Смоленск, 1969. - 166 с.

3. Веденский А.Н. Варикозная бо-

лезнь. - Л.: Медицина, 1983. - 207 с.

4. Зеленин Р. П. Пути повышения эффективности склерозирующей терапии варикозного расширения вен // Хирургия. - 1976. - №8. - с. 39 - 42.

5. Злотников М.Д. Венозная система человека. Краткий атлас. - М.: Медгиз, 1947. - 107 с.

6. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А. Компрессионное лечение заболеваний вен. - М., 1999. - 20 с.

7. Яблоков Е.Б., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. - М.: «Берег», 1999. - 127 с.

8. Baccaglini U. Consensus Conference on Sclerotherapy. Padua, 24 September 1994 // Int Angiol. - 1995. - Vol.14, № 3. - P. 239 - 240.

9. Recommendations and medical references of ANAES. Indications for surgical treatment of primary varicosities of the legs. // J Mal Vasc 1998 Oct;23(4):297-308.

10. Weiss-MA; Weiss-RA. Sclerotherapy in the U.S. Past, present, future. // Dermatol-Surg. 1995 May; 21(5): 393-6. (United States).